DISSERTATION

N° 279.

SUR

LES MUSCLES PSOAS ET LE PSOÏTIS;

QUELQUES PROPOSITIONS

SUR LES MALADIES DES ENFANS;

Thèse présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 31 août 1830, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR M.-A. CHATAING, de Culhat,

Département du Puy-de-Dôme;

Ancien Élève de l'Hôtel-Dieu de Paris et de l'hospice de Perfectionnement.

Ars medica tota in observationibus.
FRÉD. HOFFMANN, *de Rat. med.*

A PARIS,
DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,
Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1830.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. DUBOIS, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN, *Suppléant*.
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	ANDRAL, *Président*.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. / ROUX.
Pathologie médicale	FIZEAU. / FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	GAYOL, *Examinateur*. / CHOMEL, *Examinateur*. / LANDRÉ-BEAUVAIS. / RÉCAMIER.
Clinique chirurgicale	BOUGON. / BOYER, *Examinateur*. / DUBOIS. / DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DENEUX.

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, LALLEMENT, LEROUX.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Baudelocque.	Dubled.
Bayle.	Dubois.
Berard.	Gerdy.
Blandin.	Gibert, *Suppléant*.
Bouillaud.	Hatin.
Bouvier, *Examinateur*.	Lisfranc.
Briquet, *Examinateur*.	Martin Solon.
Brongniart.	Piorry.
Cloquet.	Rochoux.
Cottereau.	Sandras.
Dance.	Trousseau.
Devergie.	Velpeau.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

AUX MÂNES

DU MEILLEUR PÈRE,

ET

DE LA PLUS DIGNE GRAND'MÈRE.

Regrets éternels !

M.-A. CHATAING.

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/lesmusclespsoase0009mach

DISSERTATION

SUR

LES MUSCLES PSOAS ET LE PSOÏTIS;

QUELQUES PROPOSITIONS

SUR LES MALADIES DES ENFANS.

Les anatomistes ont donné le nom de *muscles psoas* à deux faisceaux de fibres charnues à leur partie moyenne, tendineuses et aponévrotiques à leurs extrémités. Les muscles psoas sont situés dans la cavité de l'abdomen, sur les parties latérales et inférieures de la colonne vertébrale, à la partie latérale du détroit supérieur du bassin, et à la partie supérieure et antérieure de la cuisse.

DU GRAND PSOAS.

Synonymes. — *Femur moventium sextus*, Vesal; *psoas magnus* seu *lumbalis*, Cooper; *psoas major*, Soemmering; *prélumbo-trochantinien*, Chaussier; *prélumbo-trochantin*, Dumas.

Le grand psoas est un muscle pair; sa forme est celle de deux

pyramides triangulaires adossées par leur base, mais dont l'inférieure est plus longue que la supérieure. Voici les connexions du grand psoas avec les autres organes contenus dans la cavité de l'abdomen. Sa face externe, qui est inclinée en devant, est couverte supérieurement par le diaphragme; plus bas, par la capsule surrénale et le rein, le colon ascendant à droite et le colon descendant à gauche; elle est aussi recouverte par le petit psoas lorsqu'il existe. Inférieurement, cette face devient antérieure, et dans cet endroit elle est recouverte par l'artère iliaque externe et la veine du même nom, ainsi que par la crurale.

Sa face postérieure est en rapport avec le carré des lombes, dont elle est séparée par les branches antérieures des nerfs lombaires et par le feuillet antérieur de l'aponévrose du muscle transverse du bas-ventre. Elle est aussi en rapport avec les apophyses transverses des vertèbres des lombes, à la base desquelles elle s'attache, excepté à la cinquième.

Le plexus lombaire est situé en arrière et dans l'épaisseur de ce muscle, rapport important qui explique les violentes douleurs lombaires produites par une contraction répétée de ce muscle et par l'utérus chargé du produit de la conception.

La face interne de ce muscle est en rapport avec le corps des vertèbres lombaires et la circonférence des ligamens intervertébraux auxquels elle s'attache; elle est aussi en rapport avec les vaisseaux lombaires et avec le filet nerveux qui va de la branche antérieure des nerfs lombaires au grand sympathique, ainsi qu'avec la veine iliaque externe et le tendon du petit psoas lorsqu'il existe. Cette face se rétrécit tout à fait inférieurement, et devient un bord qui est parallèle au muscle pectiné, dont la sépare les vaisseaux circonflexes internes.

Le grand psoas s'implante, 1°. sur les parties latérales du corps des cinq vertèbres lombaires, et même sur celui de la dernière vertèbre dorsale, ainsi que sur les disques intervertébraux correspondans; 2°. à la base des apophyses transverses des mêmes vertèbres. Cette

double insertion se fait à l'aide de languettes aponévrotiques unies entre elles par des arcades qui correspondent aux gouttières du corps des vertèbres lombaires, en sorte que ce muscle ne s'insère réellement qu'aux bords supérieur et inférieur des corps du vertèbres et aux disques intermédiaires. Nées de cette double origine, les fibres charnues constituent un faisceau conoïde, aplati d'un côté à l'autre, obliquement dirigé en bas et en dehors, dont le sommet est embrassé par une arcade aponévrotique du diaphragme qui va grossissant et s'arrondissant de haut en bas, et dont les fibres se rendent toutes successivement à un tendon, d'abord caché dans leur épaisseur, qui se dégage ensuite en dehors et en avant pour recevoir les fibres du muscle iliaque; il suit de là que le grand psoas a la forme d'un double cône, adossé base à base.

C'est ainsi que M. *Cruveilhier* décrit ce muscle; aussi il le considère comme un biceps, qu'il nomme *muscle psoas iliaque.* En effet, toutes les fibres charnues du muscle iliaque convergent à la manière d'un éventail, et se rendent immédiatement au bord externe du tendon commun que nous avons vu naître dans l'épaisseur du psoas. Ce tendon, qui reçoit d'une autre part, par son côté interne, toutes les fibres du psoas, et même les fibres de cette dernière portion de l'iliaque, qui viennent du détroit supérieur du bassin, longe la partie latérale de ce détroit supérieur, dont il rétrécit singulièrement le diamètre transverse, sort du bassin sous l'arcade fémorale, dans une gouttière fort remarquable pratiquée entre l'épine iliaque antérieure et inférieure et l'éminence iléo-pectinée; là, les fibres du psoas sont puisées; Les fibres de la portion iliaque qui ne le sont pas encore se rendent successivement à la manière des barbes d'une plume sur leur tige commune, au côté externe du tendon, constituent un faisceau charnu, triangulaire, qui change immédiatement de direction, plonge pour ainsi dire en arrière, en dehors et en bas dans l'épaisseur des muscles de la cuisse, se contourne légèrement, de telle manière que sa face antérieure devient interne, et sa face postérieure externe, pour venir s'implanter par un tendon très-fort qu'accompagnent le

fibres charnues jusqu'au petit *trochanter*, qu'il embrasse dans tous les sens jusqu'à sa base. Il n'est pas rare de voir le faisceau né de l'épine iliaque antérieure et inférieure et de la capsule orbiculaire constituer un muscle bien distinct, que, faute d'érudition, on a décrit plusieurs fois comme un muscle particulier, sous le nom d'*iléo-capsulo-trochantérien*, muscle qui vient s'insérer isolément au-dessous du petit trochanter, à la ligne oblique étendue de ce petit trochanter à la ligne âpre du fémur : c'est ainsi que M. *Cruveilhier* décrit la réunion des deux muscles, qu'il appelle *psoas iliaque*. Il ajoute qu'aucun muscle n'offre une texture aussi délicate; les fibres naissant une à une, et n'étant unies entre elles que par un tissu cellulaire séreux extrêmement délié. L'absence complète d'un tissu fibreux explique le défaut de résistance de ce muscle, qui se déchire avec la plus grande facilité, et peut-être aussi la fréquence de ses maladies.

Connexions de ce muscle à la cuisse. En avant, il est séparé du tissu cellulaire du pli de l'aine par l'aponévrose fémorale profonde; il répond au nerf crural qui s'échappe de dessous le psoas et l'iliaque, et sort du bassin dans la même gaîne que ce muscle; en arrière, il répond immédiatement au bord antérieur de l'os coxal et à l'articulation coxo-fémorale; là se voit une capsule synoviale des plus remarquables, quelquefois elle se prolonge jusqu'à l'insertion trochantérienne; elle est constante, et communique souvent par une ouverture de dimensions variables avec la synoviale articulaire. Le bord interne du muscle psoas répond au bord externe du pectiné et à l'artère fémorale qui le recouvre quelquefois. Le bord externe est coloyé par le couturier d'abord, puis par le droit antérieur.

DU PETIT PSOAS.

Synonymies. — *Psoas parvus*, Eustachi, Riolan, Cooper; *prélumbo-pubien*, Chaussier.

Le petit psoas est situé, comme le grand, dans la cavité de l'abdo-

men, sur les côtés de la colonne vertébrale, au-devant du grand psoas; il s'étend de la douzième vertèbre dorsale et de la première vertèbre lombaire, à l'éminence iléo-pectinée, et à la partie correspondante du détroit supérieur. Ce muscle est charnu à son extrémité supérieure, et tendineux et aponévrotique dans les deux tiers de sa portion inférieure. Le petit psoas est couché d'abord au-devant du grand psoas; il descend en dedans de lui pour venir se fixer, en s'élargissant, à l'éminence iléo-pectinée. Il sépare ainsi le grand psoas, qui est en dehors, du pectiné, qui est en dedans. Du bord externe de ce tendon naît une aponévrose assez épaisse, qui se fixe en dehors tout le long de la lèvre interne de la crête iliaque, entre les muscles iliaque et transverse de l'abdomen. En bas, où elle est beaucoup plus forte, d'une part elle s'attache encore à l'arcade crurale, en se continuant avec le *fascia transversalis;* de l'autre, elle se porte à la cuisse, en passant sous cette arcade, et descend au-devant des muscles psoas et iliaque. Le tendon du petit psoas fournit en dedans une autre aponévrose, qui est interne et postérieure, relativement à la précédente; elle va se fixer au détroit supérieur du bassin, et retient très-solidement les muscles psoas; elle a beaucoup plus d'épaisseur en avant, c'est-à-dire vers le pubis. Le petit psoas manque quelquefois des deux côtés; il n'existe souvent que d'un côté.

Usages des deux muscles psoas.

Les muscles psoas sont essentiellement fléchisseurs de la cuisse sur le bassin. Lorsque le grand psoas prend son point fixe à son attache supérieure déjà indiquée, il fléchit la cuisse sur le bassin; il fait aussi exécuter à la cuisse un mouvement de rotation en dehors. Lorsque le fémur est fixé, il ramène la colonne lombaire et le bassin à leur rectitude naturelle; par sa portion iliaque, il tend à imprimer au bassin un mouvement de rotation qui dirige la face antérieure du tronc du côté opposé; si les deux muscles agissent ensemble, le tronc est fléchi directement.

Le petit psoas a pour usage de tendre l'aponévrose lumbo-iliaque ; il sert aussi dans le grimper ; s'il se contracte seul, il incline le bassin de son côté ; s'il prend son point fixe en bas, il incline le tronc du même côté ; lorsqu'on est debout, il retient le tronc, et l'empêche de se renverser en arrière.

Certains auteurs nient la possibilité de la faculté qu'a la fibre musculaire de s'enflammer, et admettent que c'est le tissu cellulaire interfibrillaire qui est le siége de cette inflammation ; mais tous les phénomènes observés indiquent que le tissu musculaire est doué d'une activité vitale plus facile à être mise en jeu que celle des autres systèmes ; par conséquent, ses affections doivent être beaucoup plus promptes et plus rapidement portées à un excès extrême ; d'ailleurs, il n'est pas possible d'admettre une affection partielle du tissu cellulaire interfibrillaire, à moins d'étendre cette proposition à celui des glandes et des viscères, et de doubler inutilement le nombre des phlegmasies. Je pourrais citer l'autorité de M. *Dupuytren*, qui, dans sa clinique, a pu constater l'inflammation du grand pectoral, qui s'était déclarée chez un tanneur, forcé, pour tanner les peaux, de faire exécuter aux muscles pectoraux de violentes contractions et sans cesse répétées. La suppuration même a été pour nous une preuve que le muscle lui-même était enflammé ; le pus était presque sanguinolent. Dans tous les cas, nous allons nous efforcer de bien constater la maladie que nous nous proposons de décrire par des observations authentiques.

C'est en vain qu'on chercherait chez les anciens la description du psoïtis. Ils confondaient l'inflammation des muscles psoas avec les abcès des lombes et les maladies des organes environnans. Parmi les auteurs modernes, je dois citer M. le professeur *Boyer*, à la sagacité duquel le psoïtis n'a point échappé.

Lamotte, dans sa Chirurgie, dit qu'il fut appelé pour voir un tisserand, âgé d'environ vingt-deux ans, se plaignant d'une douleur qui occupait la région des lombes, l'aine et la fesse du côté droit ; elle

était si violente, qu'il ne pouvait être en d'autre situation que sur le dos, les genoux élevés et les talons rapprochés des fesses. Il était dans cet état depuis plus de six semaines; pendant tout ce temps, on avait appliqué des émolliens et des narcotiques: il n'y avait aucun changement de couleur à la peau, aucune difformité ni courbure à la colonne vertébrale; il n'y avait non plus aucune altération de la sécrétion de l'urine; on sentait une fluctuation profonde sur les côtés des vertèbres des lombes, entre les dernières fausses côtes et l'os des iles, ce qui détermina *Lamotte* à faire dans cet endroit une ouverture de trois pouces. Le siége de l'abcès était tellement profond, qu'il eut de la peine à l'atteindre avec une lancette à abcès; il en sortit plus de six livres de pus d'une louable consistance et sans mauvaise odeur. Il pansa la plaie en tenant les bords écartés par des bourdonnets de charpie; le soir, il trouva le malade baigné dans le pus dont son lit était rempli; il en fit encore sortir une grande quantité en pressant sur le ventre et surtout sur la cuisse, sans que cette dernière partie parût enflée Ce qui parut surprenant à *Lamotte*, c'est qu'en pressant depuis le pied jusqu'au genou, le pus sortait encore en grande quantité, quoiqu'il parût déjà entièrement écoulé tant par la pression du ventre que par celle de la cuisse. Les médecins témoins des pansemens me conseillèrent de faire une ouverture à la partie postérieure et inférieure de la cuisse, ce que je fis en mettant à découvert les muscles postérieurs de la cuisse, entre lesquels je continuai l'ouverture jusque dans le creux du jarret, sans intéresser de vaisseaux et sans trouver la route que tenait le pus. Cette plaie fut réunie par première intention et cicatrisée en peu de jours.

Le malade guérit après cinq mois d'un pansement et d'un régime ponctuellement observés. La cuisse était alors tellement maigre, qu'on pouvait la saisir à la partie supérieure avec une seule main. *Sabatier* fait ici une remarque très-juste : il dit que l'abondance avec laquelle le pus sortait par l'ouverture pratiquée aux lombes, lorsqu'on comprimait le membre inférieur de bas en haut, paraissait indiquer qu'il

venait de ces parties ; mais que pour inciser au milieu des vaisseaux et des nerfs, dont la lésion est fort à craindre, il faut plus que des probabilités : d'ailleurs, si l'abcès formé dans le psoas eût fusé le long de la cuisse, le pus aurait passé sous l'arcade crurale ; il se serait porté dans la direction de l'artère crurale, vers la partie antérieure et interne de la cuisse, et n'aurait pu se rendre vers le creux du jarret.

Lamotte dit qu'il avait vu mourir quelque temps auparavant un malade à l'Hôtel-Dieu, auquel on trouva un très-grand abcès formé dans le muscle psoas, et dont l'ouverture dans l'abdomen l'aurait fait périr. Il avait éprouvé les mêmes accidens que celui qui fait le sujet de l'observation précédente ; il avait toujours les jambes pliées sans pouvoir étendre en aucune façon celle qui était du côté malade.

Observation rapportée par M. Déramé.

François Ducot, âgé de dix-sept ans, garçon vinaigrier, fit, le 20 brumaire, un effort considérable pour soulever un baquet. Ce fardeau offrit d'abord beaucoup de résistance ; il redoubla ses efforts et réussit ; mais au même instant il ressentit une douleur très-vive, qui s'étendait depuis la région des lombes du côté droit jusqu'à la cuisse du même côté inclusivement. Il continua cependant son travail jusqu'à la nuit ; mais alors la douleur, qui s'était apaisée, commença à se faire sentir avec beaucoup d'intensité ; il fut saisi au même instant d'une fièvre violente, qui ne l'a quitté qu'à la mort. Les douleurs allaient en augmentant ; le malade ne put sortir de son lit, et il lui fut impossible de dormir un seul instant.

Trois jours après son accident, il fut apporté à l'École de Médecine, le 26 brumaire ; il fut saigné, et resta dans cet état jusqu'au sixième jour depuis son accident. Le 30, au matin, on l'examina : on trouva la cuisse du côté droit tuméfiée, rouge et rénitente, surtout vers sa partie antérieure et supérieure ; on fit ensuite coucher le malade sur le côté gauche, afin d'examiner la région lombaire, où était le siége de la plus grande douleur ; on y aperçut une petite élévation,

on y porta les doigts, et la fluctuation était assez manifeste pour déterminer à pratiquer une ouverture. Aussitôt on fit une incision sur cette tumeur, on pénétra jusqu'au foyer, et on donna issue à environ une chopine d'une matière purulente, blanche d'abord, puis mêlée de stries sanguinolentes. Mais ce qui frappa le plus l'attention, ce fut l'odeur de matières stercorales qu'avait le pus. Cette circonstance porta à examiner si les selles du malade n'en étaient point mêlées; on n'y en trouva aucune apparence, ce qui n'empêcha point de porter un prognostic fâcheux, et de soupçonner quelques ouvertures aux intestins. Le malade fut ensuite pansé très-simplement avec de la charpie; on en mit un peu dans l'ouverture et sur les bords, et on recouvrit le tout d'un cataplasme émollient, qui enveloppait ainsi toute la partie douloureuse. Le malade avait nuit et jour un dévoiement considérable qui le fatiguait extrêmement, et il allait toujours s'affaiblissant. Le 1^er^. nivose, on trouva au pansement le cataplasme couvert d'un sang noir et collé, et on pansa le malade comme la première fois. Le 2, il n'était rien sorti par l'ouverture faite à la première tumeur; mais la cuisse était plus rouge, plus tendue et plus douloureuse; on appliqua dessus un cataplasme émollient. Le 3, on y sentit une espèce de fluctuation, ou plutôt de crépitation, vers la partie supérieure et antérieure; on fit sur cette partie une incision parallèle à l'axe de la cuisse, puis une autre qui tombait à angle droit sur la première; il en sortit une grande quantité d'un fluide élastique, qui se mêlait au pus, qu'on faisait sortir en petite quantité en pressant les bords de la plaie, et qui était infiltré dans le tissu cellulaire. Il avait, comme le premier, l'odeur de matières stercorales. Le malade étant mort quelque temps après, l'inspection anatomique fit voir que le muscle psoas du côté droit avait souffert une rupture considérable.

C'est aussi d'un psoïtis qu'est mort le célèbre médecin *Boërhaave*, professeur de botanique à Leyde; il s'exposait à la fraîcheur et à la rosée du matin; il mourut en 1738, et il fut attaqué de cette maladie en 1721.

M. *Lestiboudois* a trouvé dans les pavillons de dissection de la Faculté plusieurs exemples d'abcès dans le psoas, et le plus remarquable est celui qu'il trouva sur le cadavre d'une vieille femme. Le pus formait une tumeur considérable à la partie supérieure et interne de la cuisse; la tumeur disparaissait à la pression, mais on sentait de la fluctuation. En ouvrant l'abdomen, il trouva le muscle psoas totalement détruit par la suppuration, et il ne restait que la gaîne celluleuse qui l'environnait; il ne trouva point d'altération à la colonne vertébrale. *Béclard* prit la pièce pour la disséquer. *Ettmuller* a aussi signalé la désorganisation des psoas dans la Bibliothèque médicale.

MM. *Loir* et *Monot*, anciens internes des hôpitaux, m'ont aussi communiqué une observation qui confirme les précédentes; c'était un homme fort et robuste, qui avait éprouvé tous les symptômes du psoïtis; cet homme étant mort, on trouva un abcès dans le grand psoas. Ce muscle étant entièrement ramolli, la colonne vertébrale était saine, et il n'y avait que cinq semaines que la maladie avait débuté.

DU PSOÏTIS.

Causes.

Les causes du psoïtis peuvent être divisées en *causes internes* ou prédisposantes, et en *causes externes* ou efficientes.

Les premières sont : un tempérament sanguin, l'âge adulte et la jeunesse, le sexe masculin (en effet, on rencontre plus souvent le psoïtis chez l'homme que chez la femme); enfin l'état pléthorique. On peut ranger parmi les secondes, la profession qui force les personnes de se pencher en avant, l'habitation dans un lieu froid et humide, les efforts violens pour soulever des fardeaux. M. *Portal* a observé la rupture des fibres du muscle psoas. *Antoine Petit* parle d'un maniaque qui d'un seul effort rompit les liens qui assujettissaient ses membres; ses muscles furent déchirés; il mourut de l'extravasion du sang. M. *Déramé* a vu une partie du muscle psoas se rompre.

On peut encore signaler, comme pouvant produire le psoïtis, un projectile lancé par une arme à feu. Ainsi, dernièrement, nous avons observé les symptômes du psoïtis chez un adulte qui avait été atteint par une balle qui avait traversé la paroi antérieure de l'abdomen et avait sans doute lésé la masse du muscle psoas. Un accouchement laborieux peut encore produire cette maladie chez la femme.

Symptômes et diagnostic.

Ordinairement le malade se plaint d'une vive douleur dans la région des lombes, s'étendant jusqu'au pubis. Cette douleur est plus ou moins aiguë selon l'intensité de l'inflammation; elle est presque toujours pongitive, mais quelquefois elle est dilacérante, et n'ayant lieu que d'un seul côté, simulant un calcul qui semble partir du rein et se diriger vers le pubis avec plus ou moins de violence. Le malade est de préférence couché sur le dos ; il est dans l'impossibilité d'étendre le membre affecté et de lui faire exécuter un mouvement de rotation en dehors; les genoux sont élevés et les pieds rapprochés des fesses; il y a de la stupeur dans le membre, ce qui tient à la présence du nerf crural dans l'abcès. La fièvre est quelquefois très-forte; le pouls est plein, fort et fréquent; au frisson succède une grande chaleur; la peau est sèche et brûlante, la douleur hypogastrique augmente à la pression; l'anxiété est alors très-grande. Cette inflammation musculaire peut se terminer par résolution ou par suppuration. La mort est souvent la suite de ce dernier mode de terminaison. Lorsque la suppuration commence à se former, les symptômes changent; la douleur, au lieu d'être pongitive, devient gravative; le membre devient œdémateux à son extrémité, le malade tombe dans une émaciation excessive, la fièvre hectique survient, une tumeur considérable vient se former à la partie supérieure et interne de la cuisse. A la pression sur l'hypogastre on sent un foyer purulent, mais on ne détermine point de vives douleurs comme auparavant; le malade court alors les plus grands dangers, si on ne s'empresse de donner issue au pus.

On sent alors une tumeur profondément située sur le trajet des muscles psoas, la fluctuation est même très-évidente; mais le plus souvent le pus fuse le long du tendon des muscles psoas, et vient former une tumeur à la partie supérieure et interne de la cuisse.

On ne confondra pas cette maladie avec la néphrite, parce qu'il n'y a point de vomissemens ni de trouble dans la sécrétion de l'urine; d'ailleurs, dans le psoïtis, la douleur se fait sentir à l'aine, tandis que, dans la colique néphrétique et la néphrite, la douleur s'étend jusqu'à la vessie.

On pourrait prendre un psoïtis pour un abcès par congestion, mais les circonstances commémoratives doivent faire éviter cette erreur; d'ailleurs l'absence de la courbure de la colonne vertébrale, etc.

Prognostic.

Le prognostic du psoïtis est d'autant plus grave que la maladie s'est déclarée chez un vieillard, une femme enceinte, une personne très-irritable. On devra craindre pour les jours de celui qui a souffert beaucoup, et chez lequel une suppuration très-abondante a lieu. Le tendon du petit psoas est quelquefois entraîné par la suppuration; les deux muscles peuvent être détruits. Enfin le prognostic sera d'autant plus grave que le psoïtis coïncidera avec d'autres affections des organes environnans.

Traitement.

Le traitement de cette maladie doit être essentiellement antiphlogistique dès le début. Ainsi on commencera par pratiquer une saignée de trois palettes, et on appliquera sur l'endroit douloureux trente sangsues. A la chute des sangsues, on fera mettre le malade dans un bain tiède, ou on appliquera sur les piqûres un cataplasme fait avec la farine de graine de lin et une décoction de racines de guimauve, que l'on renouvellera souvent. Des lavemens émolliens seront utiles pour vaincre la constipation, qui coïncide avec cette maladie. On aura

recours à ces moyens pendant les quatre ou cinq premiers jours pour obtenir la résolution ; on secondera ce traitement par des boissons rafraîchissantes et délayantes. On prescrira la tisane d'orge édulcorée avec le sirop de gomme, la limonade, etc.

Mais si on ne parvient point à empêcher la suppuration de se former, la tumeur augmente de volume, s'amollit, et se convertit lentement en un abcès. La matière qui forme cet abcès, placée entre le péritoine et les muscles psoas et iliaque, se détourne quelquefois du côté des lombes ; d'autres fois elle se dirige vers la crête de l'os des iles, se fraie une route entre les fibres des muscles du bas-ventre, et va former une tumeur fluctuante vers la hanche : mais le plus souvent elle se dirige le long du muscle psoas jusqu'à la région inguinale et à la partie supérieure de la cuisse, où elle forme une tumeur plus ou moins volumineuse, molle, indolente, sans changement de couleur à la peau, avec fluctuation et dont la pression fait aisément refluer la matière purulente du côté du ventre.

La tumeur peut alors s'ouvrir d'elle-même ; mais, l'ouverture étant trop petite, le pus a beaucoup de peine à s'écouler ; on doit craindre alors le décollement de la peau et la résorption de la matière purulente, qui est souvent sanieuse et fétide. On doit, à cause de cela, ouvrir la tumeur aussitôt que la fluctuation est bien sensible et que l'on a découvert un foyer de pus.

Il y a deux moyens d'arriver à ce résultat : le premier consiste à appliquer un morceau de potasse caustique de manière à produire une escharre, dont on facilitera ensuite la chute au moyen d'un cataplasme émollient ; mais ce procédé a pour inconvénient de mettre le chirurgien dans l'incertitude sur la grandeur de l'escharre formée, et ensuite d'entraîner beaucoup de temps pour la cicatrisation de la plaie. Une incision avec l'instrument tranchant est bien préférable ; on fait cette incision avec un bistouri très-acéré, que l'on introduira obliquement, de manière à obtenir un canal qui se prête le moins possible à l'entrée de l'air. Il faut choisir pour pratiquer cette ouverture l'endroit où la peau a le moins d'épaisseur, et favoriser l'is-

sue du pus au moyen d'une sonde cannelée, avec laquelle on détournera les flocons purulens qui se présentent à l'entrée de l'ouverture et qui empêcheraient le liquide de s'écouler. On introduit ensuite une mèche dans la plaie, que l'on recouvre d'un linge fin troué et enduit de cérat; on applique par-dessus cela des plumasseaux de charpie, et on assujettit le tout avec le spica de l'aine.

Tous les jours on doit renouveler le pansement et déterminer, en pressant, la sortie du pus. On aperçoit quelquefois le tendon du petit psoas qui, s'étant exfolié, sort en lambeaux par l'ouverture. D'autres fois on se borne à faire une simple ponction avec un trois-quarts. On pratique alors la ponction jusqu'à ce que tout le pus soit écoulé; on applique sur l'ouverture un morceau de diachilon. Ce moyen a pour but d'empêcher l'entrée de l'air dans la plaie. La peau se décolle quelquefois; on doit alors établir une compression méthodique; si les forces du malade étaient trop épuisées par l'abondance de la suppuration, on s'efforcerait de les relever en lui donnant quelques cuillerées de vin de quinquina.

1re. *Observation sur un psoïtis terminé par suppuration, et désorganisation du petit psoas; guérison.*

Le 2 septembre 1826, je suis appelé pour donner des soins à Pierre Guillon, ancien fermier du domaine de l'Aiguille : cet homme souffrait horriblement depuis deux jours; les douleurs qu'il éprouvait étaient si aiguës, qu'il n'avait pu goûter les douceurs du sommeil. En interrogeant le malade, j'apprends qu'il se livrait depuis longtemps aux travaux pénibles de l'agriculture, et surtout à ceux qui consistent à remuer la terre avec l'instrument aratoire qu'on nomme bèche; que souvent il lui arrivait de passer des nuits entières à garder ses bœufs, et qu'il se couchait sur le sol souvent très-humide, sans interposer un corps quelconque entre la partie postérieure du dos, sur laquelle il reposait, et ce même sol humide. Il a toujours joui d'une bonne santé; il est d'un tempérament nervoso-sanguin; il est âgé de

quarante-deux ans, et père de deux enfans, dont la santé est parfaite. Le malade se plaint de douleurs très-aiguës, pongitives dans la région iliaque gauche; ces douleurs s'étendent dans le trajet du nerf crural; elles augmentent à la pression : il y a chaleur, tuméfaction; celle-ci existe de haut en bas dans la direction des muscles psoas : il n'y a point de rougeur à la peau; mais aussitôt qu'on applique la main sur cette région, on détermine des douleurs insupportables, même en pressant légèrement. Le malade est couché sur le dos; il se plaint de ne pouvoir étendre la cuisse gauche, qui est en effet fléchie sur le bassin; ou s'il essaie, à mes invitations, de l'étendre, c'est avec une grande difficulté, accompagnée de vives douleurs. Le pouls est fort et fréquent, cent vingt pulsations par minute; la peau sèche et brûlante, surtout à la région iliaque gauche; la langue est sèche, mais n'est point rouge à la pointe; la soif est grande; il y a constipation; le malade éprouve du dégoût pour tous les alimens succulens; il désire de l'eau fraîche vinaigrée : les traits de la face sont déjà altérés par les vives douleurs que le malade dit éprouver depuis deux jours. (*Prescription :* On appliquera, à deux reprises différentes, trente sangsues sur le point douloureux, on couvrira les piqûres de sangsues d'un cataplasme fait avec la farine de graine de lin et de décoction de racine de guimauve; on renouvellera souvent ce cataplasme, jusqu'à ce que le malade se trouve affaibli par l'écoulement abondant de sang. Tisane d'orge édulcorée avec le sirop de gomme; diète.)

Le 3 septembre, le malade dit avoir reposé un peu la nuit; les douleurs sont beaucoup moins fortes; la chaleur brûlante de la peau est moindre; il y a encore de la douleur à la pression, dans la direction des muscles psoas; le malade ne peut cependant pas entièrement étendre la cuisse gauche; la soif est moindre; même dégoût pour les alimens. J'apprends qu'on s'est contenté d'appliquer vingt sangsues; le pouls est à 102. (*Prescription :* Trente sangsues sur le point douloureux; à la chute des sangsues, un bain à vingt-six degrés therm. cent.; cataplasmes de farine de graine de lin et de décoction de racines de guimauve; même tisane; diète.)

Je suis forcé de m'absenter pour des affaires de famille; je reste trois jours sans voir le malade.

Le 7 septembre, j'apprends que la femme du patient, peu intelligente, lui avait préparé un bain au moins à trente-six ou trente-huit degrés. Guillon fit tous les efforts imaginables pour supporter un bain aussi chaud; mais bientôt une forte congestion eut lieu vers la tête, et sa femme s'aperçut qu'elle avait commis une faute grave. Un voisin aide le pauvre Guillon à sortir de sa chaudière; mais une fièvre intense s'allume, les douleurs de la région iliaque augmentent, la cuisse se fléchit davantage sur le bassin, de manière à ne plus pouvoir être ramenée à l'extension; la soif est ardente. C'est dans cet état qu'un médecin de Maringues trouva Guillon : ce médecin crut avoir affaire à une péritonite; il ordonna une nouvelle application de sangsues, en blâmant d'ailleurs les parens du malade de n'avoir point exécuté dès les premiers temps mes prescriptions.

Le 8 septembre, quinze sangsues sont appliquées; il s'écoule peu de sang; les symptômes persistent.

Le 9 septembre, je revois le malade, mais avec condition qu'on exécutera de point en point mes prescriptions. Guillon a beaucoup maigri; les traits du visage sont altérés, la face est grippée, le pouls est petit et fréquent; la douleur de la région affectée est gravative au lieu d'être pongitive, elle ne s'étend plus le long du trajet du nerf crural; la peau de cette région est sèche et brûlante, elle est soulevée par une tumeur; on aperçoit une légère rougeur. En cherchant à sentir s'il n'y a point de foyer purulent, on n'obtient qu'une sensation obscure qui ne permet point de prononcer; la cuisse est toujours fortement fléchie sur le bassin et un peu tuméfiée; le malade ne dort point, et se plaint sans cesse; la soif est excessive. J'annonce que l'inflammation des muscles psoas ne peut se terminer que par suppuration: en conséquence j'engage le malade à prendre patience. (*Prescription :* Continuer l'application des cataplasmes; potion calmante; même tisane, diète.)

Le 10 septembre, le malade a un peu dormi, la douleur est moins

aiguë à la pression ; la cuisse gauche est trois fois plus volumineuse que la droite ; un œdème considérable s'est emparé de tout le membre du côté gauche ; une rougeur assez intense a lieu à la partie supérieure et antérieure de la cuisse ; le malade est dans un accablement complet, il est au dernier degré de l'émaciation ; la soif est très-grande ; il y a eu un peu de dévoiement. La fièvre hectique s'allume ; la peau est sèche et brûlante. (*Prescription :* Continuer l'application des cataplasmes sur la tumeur ; tisane de riz édulcorée avec le sirop de coings ; potion calmante ; diète.)

Le 11 septembre, le malade a moins souffert ; il a un peu dormi ; le dévoiement a cessé ; la tumeur située à la partie antérieure et supérieure de la cuisse gauche a un peu augmenté ; on sent évidemment la fluctuation et un foyer purulent situé au dehors de l'artère crurale. (Mêmes prescriptions.)

Le 12, l'état général est le même. (Mêmes prescriptions.)

Le 13, je vois le malade avec un chirurgien de Lezoux : celui-ci prétend reconnaître de la fluctuation et un foyer purulent au côté externe de la cuisse, et vers sa partie moyenne ; je lui fais observer que ce n'est que de l'œdème : l'incision qu'il recommande dans ce lieu n'est point pratiquée.

Le 14 septembre, M. *Pourcher*, chirurgien en second de l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand, voit le malade ; il juge convenable de pratiquer une ouverture au-dessous du pli de l'aine, et à la partie antérieure et supérieure de la cuisse, en dehors de l'artère crurale. Cette incision avait pour but de donner issue au pus contenu dans la gaîne des psoas et dans l'épaisseur même de ces muscles ; il fit donc cette incision comme nous l'avons décrite plus haut. Nous reçûmes le pus dans un vase qui pouvait contenir trois palettes ; il s'en écoula au moins six palettes. Le premier qui sortit était blanc, mais les trois dernières palettes offraient des stries sanguinolentes. Le malade fut beaucoup

soulagé par l'évacuation de ce pus. Je le pansai simplement en introduisant une mèche et en appliquant du linge troué enduit de cérat, le tout recouvert de charpie.

Le 15 septembre, le malade a assez bien dormi pendant la nuit; le membre du côté gauche a beaucoup diminué de volume, mais l'œdème persiste; la soif est moins grande; le malade a éprouvé un peu de frisson; la suppuration est très-abondante. (*Prescription* : Une légère infusion de petite centaurée; de la limonade vineuse; une cuillerée à bouche, deux fois par jour, de vin de quinquina; deux soupes, trois bouillons.)

Le 16 septembre, le malade est moins faible; il peut se coucher sur le côté qui lui fait plaisir; il est allé à la selle naturellement; le pouls est assez élevé, la soif modérée. La suppuration est toujours assez abondante; le petit psoas paraît être désorganisé : en effet, on nous dit qu'un corps long, ressemblant à un intestin, est sorti par la plaie, qu'il était blanc, et d'une consistance assez grande. Nous avons été autorisé à penser que ce corps ne pouvait être que le tendon du petit psoas, qui s'était exfolié. (Mêmes prescriptions.)

Le 17 septembre, un mieux sensible existe; le teint commence à être plus animé, les forces reviennent un peu; le malade peut rester assis sur son lit.

J'applique un bandage roulé partant des extrémités des orteils, et se prolongeant jusqu'à la partie supérieure de la cuisse.

Le 18 septembre, la suppuration a diminué beaucoup; le pus est presque séreux. J'exerce une compression méthodique pour remédier au décollement de la peau. (Mêmes prescriptions; suspension du vin de quinquina.)

Le 19 septembre, le malade a bon appétit; il mange une aile de poulet; toutes les fonctions sont dans leur intégrité.

Le 20, il entre en convalescence; il peut se lever et rester presque toute la journée sur un fauteuil.

Les 21, 22, 23, 24, et 25 septembre, amélioration sensible, l'embonpoint et les forces reviennent. Ce mieux se soutient; la suppuration, quoique moindre, a persisté jusqu'au 15 du mois d'octobre, et la plaie n'a été entièrement cicatrisée qu'au mois de novembre.

Le malade est parfaitement guéri, et sans aucune infirmité.

QUELQUES PROPOSITIONS

SUR LES MALADIES DES ENFANS.

I.

L'ENFANT qui vient de naître, passant d'un milieu dense (l'eau de l'amnios) dans un milieu moins dense (l'air atmosphérique), reçoit une influence salutaire ou pernicieuse, selon que cet air, le premier agent d'une des fonctions les plus essentielles à la vie, se trouve doué de toutes les qualités indispensables au mécanisme de la respiration. En effet, l'action de cet air variera selon qu'il sera plus ou moins pénétré de calorique, de fluide électrique ; selon son état hygrométrique, sa composition chimique, et selon qu'il contiendra des corps étrangers en suspension.

II.

L'air froid et humide est, de toutes les causes appréciables, la plus commune dans la production des maladies des enfans. En effet, les deux tiers des enfans nouveau-nés sont atteints de pleuro-pneumonie ou de pneumonie par des temps froids et humides; et c'est presque toujours au poumon droit que l'on trouve l'altération organique désignée sous le nom d'*hépatisation*. L'air chaud, mais humide, est aussi très-pernicieux à l'enfance ; c'est sous son influence que se développent très-souvent les affections gastro-intestinales.

III.

Le froid paraît aussi influer beaucoup sur la production de la maladie connu sous le nom d'*endurcissement du tissu cellulaire.* M. *Breschet* attribue cette affection à la persistance de l'orifice interauriculaire. Cette persistance coïncide très-souvent avec l'induration du tissu cellulaire.

IV.

Il est excessivement rare de trouver des tubercules chez les enfans qui viennent de naître; M. *Husson* dit en avoir constaté l'existence: la longue expérience de M. *Baron* n'a pu confirmer cette assertion; cependant quatre mille autopsies ont été faites sous les yeux de M. *Baron.* Ayant été attaché à l'hospice des Enfans trouvés, sur trois cents autopsies j'ai rencontré au moins vingt fois de nombreux graviers dans les reins des nouveau-nés.

V.

Presque toutes les maladies qui peuvent atteindre l'adulte se rencontrent chez les enfans. Mais le plus souvent on trouve la gastro-entérite, l'entérite, la cœco-colite, la lientérie, enfin la dysenterie; l'ictère et le muguet coïncident très-souvent avec ces maladies; on trouve des traces de muguet jusqu'à l'orifice cardia de l'estomac : quelquefois il affecte tout le tube intestinal.

VI.

C'est à tort que l'on a avancé que le ramollissement de la muqueuse de l'estomac était dû au suc gastrique : nous l'avons observé chez des enfans qui n'avaient point encore pris d'alimens; et d'ailleurs comment expliquer la rareté du ramollissement, tandis que la cause prétendue, le suc gastrique, existe constamment.

VII.

Les enfans doivent être soumis à la diète; ils la supportent fort bien et long-temps, et c'est même un des moyens thérapeutiques les plus puissans dans beaucoup d'affections.

VIII.

On peut appliquer deux, trois, quatre sangsues sans danger aux enfans de dix à douze jours, lorsque l'indication est pressante. Chez l'enfant en âge d'être saigné, on doit préférer la lancette aux applications de sangsues, surtout si c'est pour combattre l'affectiou d'un organe parenchymateux; car les piqûres de sangsues occasionnent souvent des convulsions et ls gangrène de la peau.

IX.

On a exagéré beaucoup l'influence des vers dans la production des maladies des enfans; tous les symptômes que l'on croit souvent être l'effet de la présence des vers, disparaissent aussitôt que l'irritation gastro-intestinale, qui est la seule cause de ces symptômes, a été combattue convenablement.

X.

Lorsqu'un enfant est atteint de fièvre intermittente pernicieuse, on ne doit point craindre de lui administrer le sulfate de quinine, même à hautes doses.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Duobus doloribus simul obortis, non in eodem loco, vehementior obscurat alterum. *Sect.* 2, *aph.* 46.

II.

Quæ medicamenta non sanant, ea ferrum sanat; quæ ferrum non sanat, ea ignis sanat; quæ verò ignis non sanat, ea insanabilia existimare oportet. *Sect.* 8, *aph.* 6.

III.

Erysipelas foris quidem intrò verti, non bonum; intùs verò foràs, bonum. *Sect.* 6, *aph.* 25.

IV.

Ubi cibus præter naturam copiosior ingestus fuerit, id morbum facit; ostendit autem sanatio. *Sect.* 2, *aph.* 17.

V.

Ad extremos morbos summæ curationes, quoad rectitudinem sunt, optimæ. *Sect.* 1, *aph.* 6.

VI.

Quæ longo tempore extenuantur corpora, lentè reficere oportet; quæ verò brevi, celeriter. *Sect.* 2, *aph.* 7.